Rok XXXIII. Kraków 10. Lutego 1894 r. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracya, a *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saints Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O najnowszych postępach w dziedzinie higieny.

Wykład wstępny miany w dniu 10. Listopada 1893 r.

przez

Odona Bujwida.

Postępy umiejętności lekarskich i pomocniczych, dokonane przeważnie w ciągu drugiej połowy naszego stulecia, wprowadziły nie tylko pewne, istotne reformy w dziedzinie lecznictwa, lecz przedewszystkiem zmieniły z gruntu nasze poglądy w wielu kwestyach tyczących się uzdrowotnienia stósunków życiowych i zapobiegania chorobom.

Higiena będąca dotąd zbiorem przepisów sanitarnych, przepisów, których podstawą były pewne, mniej lub więcej uzasadnione, empiryczne spostrzeżenia, w miarę wprowadzania ścisłych doświadczeń stawała się coraz bardziej nauką ścisłą, na okolicznościach dokładnie spostrzeganych opartą.

Nieliczne tylko wnioski czystej empiryi przetrwały bez naruszenia i pozostały dobytkiem nowej higieny. Do tych n. p. zaliczyć należy szczepienie ospy wprowadzone przez Jennera w zeszłem jeszcze stuleciu; natomiast teorye powstawania chorób uległy zupełnemu przeistoczeniu pod wpływem odkryć Pasteura, Kocha i wielu innych badaczy.

Obecnie przedstawia higiena gmach jeszcze nieskończony, ale już z wyraźnemi cechami skończonej całości. Doskonali się i uzupełnia nie jedno, podstawy jednak pozostaną.

Nie mogąc wchodzić odrazu w szczegółowe wyliczenie postępów tej gałęzi wiedzy, dla wyjaśnienia, czem się stała nowsza higiena dla ludzkości, przytoczę parę urywków z najbliższych dziejów. Pamiętacie Panowie wybuch zeszłorocznej epidemii cholery i jej skutki w Hamburgu. Nie wszyscy jednak pamiętają, jak się to stało, że epidemia w mieście tak zamożnem i, zdawało się, higienicznie urządzonem porobiła takie spustoszenia. Tymczasem jednak cholera, ta prawdziwa p o l i c y a p r z y r o d y, jak ją ktoś trafnie nazwał, wykazała braki tam, gdzie ich na pozór nie było.

Hamburg leży, jak wiadomo, nad Łabą czyli Elbą. Rzeka to o bardzo powolnym biegu, który niekiedy zatrzymuje się przez przypływy morskie. Natenczas woda a z nią razem i zanieczyszczenia kanałowe, spływające do rzeki, wracają z prądem ku górze i zdarza się często, że wodociągi Hamburskie, czerpiące wodę znacznie powyżej ścieków, otrzymują ją zanieczyszczoną odpadkami kanałowemi. Tuż przy Hamburgu w kierunku biegu rzeki leży miasto Altona, będące raczej przedmieściem Hamburga. Altona czerpie wodę już poniżej ścieków Hamburskich a więc zawsze zanieczyszczoną ściekami tego wielkiego miasta.

Hamburg stracił na cholerę około 6000, gdy tymczasem Altona około 300 osób; z tego znaczna część zachorowań była w wyraźnym związku z Hamburgiem.

Ani grunt ani stósunki zdrowotne obu tych miast nie różnią się tak dalece, ażeby taka różnica dała się wyjaśnić. Przeciwnie okoliczność najważniejsza, ubóstwo ludności, jest właściwością raczej Altony, gdyż mieszka tam ludność robotnicza.

Gdy badano bliżej stósunek zachorowań w Hamburgu i Altonie, pokazały się rzeczy istotnie pouczające. W jednem miejscu połowa ulicy zaczyna się w Hamburgu a kończy w Altonie. Część Hamburska obfituje w zachorowania, Altońska zostaje zupełnie zdrową. Innej ulicy prawa strona domów należy do Hamburga, lewa do Altony. W domach z prawej strony zachorowania na cholerę niezmiernie liczne, z lewej niema ich wcale.

Jedna, jedyna przyczyna wszystko nam wyjaśnia. Hamburg i Altona pobierają wodę z tej samej rzeki. Hamburg używa jej niefiltrowanej, Altona posiada filtry centralne, piaskowe, z których miasto otrzymuje wodę bardzo czystą.

Badanie bakteryologiczne wykazało w Hamburgu od kilku do kilkudziesięciu tysięcy bakteryj w 1 cm. sześć. Woda Altońska ma ich około 1—20 w równej ilości. Bliższe badanie nie wykazało z początku bakteryj cholery w wodzie

Hamburskiej. Ale też należy przyznać tu, że było wykonane przez ludzi zupełnie do tego nieprzygotowanych. Kontrolował wodę Hamburską ciągle, aż do czasu cholery, chemik, który nigdy nic szkodliwego w niej nie wykrył, bo też i wykryć nie mógł; metoda bowiem chemiczna nie pozwala nam nigdy wykryć bezpośredniej szkodliwości, lecz tylko produkty, wskazujące na możliwość obecności mniej lub więcej rozkładających fermentów.

Tutaj więc policya przyrody spełniła swą rolę. Wykazała ona brak filtrów, który uzupełniono w r. b. i epidemii nie było. Źle mówię, pojawiła się we Wrześniu, wówczas właśnie, gdy się filtry popsuły i woda częściowo przechodziła bez filtrowania. Czynność swą policyjną cholera posunęła dalej w Altonie, mianowicie już po wygaśnięciu epidemii w Hamburgu nagle podczas silnych mrozów pojawiło się kilkanaście przypadków. Badania wykryły, że wówczas właśnie powierzchnia filtrującej warstwy piasku przemarzła i popękała, skutkiem czego zaczęła przechodzić woda zanieczyszczona a zapomniałem dodać, że wkrótce przedtem na powierzchni filtrującej w Altonie wykryto bakterye cholery. I tutaj pokazała się wadliwość w urządzeniu filtrów Altońskich. Są one otwarte z góry i tym sposobem większe mrozy ścinają nieraz i psują powierzchnię piasku. Warszawa n. p. posiadająca filtry od góry sklepieniem zamknięte nie ma tej wady i dlatego otrzymuje wodę zawsze jednakową.

Mówiąc o filtrach piaskowych, wspomnieć również należy smutny przykład osady Nietleben, leżącej nad Salą. Jest to właściwie obszerny zakład dla obłąkanych, otrzymujący wodę z rzeki Sali. W zimie tego roku wybuchła tam miejscowa epidemia cholery. Zakład ten, na pozór dobrze urządzony, ma własne filtry piaskowe i osobnego do wody mechanika. Filtry te, jak wykazało badanie na miejscu, pozostawały całkowicie na opiece tegoż mechanika. Ciśnienie warstwy wody i grubość filtrującej warstwy piasku regulował ów p. mechanik dowolnie wedle własnego uznania. Gdy było potrzeba wody więcej lub gdy warstwa piasku prędzej się zanieczyszczała, zmniejszał poprostu grubość znaczną filtra bez względu na mogące nastąpić zanieczyszczenie wody. To też skutki odpowiedziały usiłowaniom. Pierwsza analiza bakteryologiczna, przez Pfuhla zrobiona, wykazała w wodzie zakładu w Nietleben 52.000 bakteryj w 1 cm. sześć., prócz tego dały się wyhodować i bakterye cholery.

Od tego czasu mądrzy po szkodzie radcy miasta Hamburga i Nietleben wprowadzili stałą kontrolę bakteryologiczną wody.

Inne miasta, jak n. p. Berlin oraz Warszawa, które zaprowadziły odrazu prawidłową kontrolę filtrów za pomocą bakteryologicznego badania, pomimo blizkiego sąsiedztwa a nawet chwilowego zagnieżdżenia się w nich epidemii pozostały wolne od zarazy. Współdziałały tutaj oczywiście i inne okoliczności, ale na pewno czystość wody uważać można za najważniejszą. Gdy w roku zeszłym epidemia cholery otoczyła Warszawę i zaczęła grasować na Powiślu, zkąd zwykle brały początek największe epidemie, wówczas wypowiedziałem zdanie, że Warszawa dzięki filtrom może być zupełnie wolną od epidemii cholery [1]), co też się w zupełności sprawdziło.

[1]) Gazeta Lekarska 1892. Nr. 40.

W najbliższej przyszłości postaram się przedstawić Panom zasady, jakie nam służą do oceny zdatności wody do picia. Teraz zaznaczam tylko, że, jak widać z powyższych okoliczności, posiadamy wskazówki pewne i ścisłe, gdy do niedawna jeszcze poprzestawaliśmy na empirycznej ocenie lub, co gorsza, wprowadziliśmy do praktyki niedość uzasadnione teorye, na ścisłych na pozór metodach oparte. Nie chcę tu bynajmniej zmniejszać donioslości chemicznych metod; chcę tylko wyznaczyć im właściwe miejsce, na którem niezaprzeczone zasługi oddać mogą i oddają. Badanie artykułów spożywczych i domieszek trujących, badanie jakości powietrza i wody pod względem użytkowym, oto dziedzina badań prawie wyłącznie chemicznych. Poznajomimy się z niemi we właściwem miejscu a teraz kilka słów jeszcze o nowych postępach z dziedziny najnowszej.

Do roku 1880 znaliśmy tylko ochronne szczepienia ospy. I te wprawdzie liczyły wielu przeciwników, jak każda zresztą metoda, oparta więcej na empiryi, niż ścisłem doświadczeniu. Od tej jednak chwili rozpoczyna się nowa era doświadczeń. Pasteur wyhodował zarazek kurzej cholery i osłabiając go wykrył, iż może on służyć w tej postaci do szczepień ochronnych. Kolejno tego samego dokonał Pasteur względem róży świńskiej, gazowego wąglika (*Rauschbrand*) i wąglika (karbunkuł). Zarazki te zaszczepione ochronnie zwierzętom w sposób właściwy chronią je od następnego zachorowania. Liczne spostrzeżenia innych badaczy potwierdziły możność osłabienia bakteryj chorobotwórczych, pierwotnie zaprzeczaną przez Cohna, Kocha i wielu innych poważnych morfologów.

Odkrycie sposobu szczepienia leczniczo-ochronnego wścieklizny u człowieka i zwierząt postawiło nowe zupełnie zagadnienie terapeutyczne i wpłynęło w ten sposób na ściślejszy związek higieny z lecznictwem.

Odsetka śmiertelności przy pokąsaniach przez zwierzęta wściekłe z 5—10% zmniejszyła się przy zastósowaniu szczepień Pasteura do $^1/_2$ i $^1/_4$%.

Wszystkie te metody wsparły się na doświadczeniach wykonanych nad zachowaniem się względem różnych czynników wewnątrz zwierzęcego ustroju i po za nim. Poznano stopniowo czynniki osłabiające zarazki na zewnątrz oraz postarano się zbadać, jakie czynniki wywołują zniszczenie zarazka i odporność wewnątrz ustroju. Powstały przytem dwie teorye: jedna przypisująca pierwocinom tkankowym najważniejszy udział w nabywaniu odporności (teorya fagocytarna Mecznikowa) oraz inna, wspierająca się na działaniu pewnych chemicznych substancyj w krwi wytwarzanych a zabójczych dla zarazków (teorya chemiczna szkoły niemieckiej).

Rezultaty dalszych badań a po części i błędy wynikłe z praktycznego stósowania teoryi chemicznej dowiodły, że jej podstawy są mniej pewne, bardziej nietrwałe, że więc teorya fagocytarna ma po swojej stronie więcej słuszności.

Zastósowanie tuberkuliny było takim błędem w teoryi, który sprowadził przykre zawody dzięki niewłaściwemu i zbyt pośpiesznemu stósowaniu teoryi chemicznej działania zarazków w praktyce lekarskiej. Pokazało się, że substancye chemiczne wywierają mocne działanie ogólne i miejscowe, objawiające się w postaci mniej lub więcej gwałtownego, acz przejściowego zapalenia, gdy natomiast bakterye żywe sprowadzają w ustroju zmiany na zewnątrz prawie niedostrzegalne, ale w skutkach, w postaci odporności, długotrwałe.

I tuberkulina jednak została dla nauki jako jeden więcej krok postępu. Odrzucając pierwotnie jej przypisywane własności leczenia spraw gruźliczych daleko posuniętych pozostawić musimy na jej korzyść niezawodne działanie rozpoznawcze w początkowych okresach gruźlicy, które być może nawet, o ile dalsze doświadczenia dowodzą, stanie się poniekąd leczniczem dla pierwszych stadyów gruźliczych, niedostępnych jeszcze dla auskultacyi i perkussyi.

W każdym razie już teraz możemy uważać tuberkulinę za niezawodny środek rozpoznawczy tam mianowicie, gdzie chodzi nam o wytępienie gruźlicy wpośród krów dostarczających mleka. Środek ten pewny w tych razach pozwoli nam otrzymywać mleko bez zarazków gruźlicy, tak ciężkiej plagi ludzkości, która nam tyle ofiar zabiera.

Podobna ze składu do tuberkuliny malleina zastósowana do rozpoznawania nosacizny i niszczenia dotkniętych nią koni, pozwoli nam uniknąć obawy zarażenia człowieka tym tak zgubnym dla niego zarazkiem.

Wyjaławianie produktów spożywczych a mianowicie mleka, jako sposób zabezpieczenia tego produktu od rozmnażania się w nim bakteryj gnilnych, pozwala nam obecnie, bez obawy wywołania tak zgubnej biegunki dziecięcej, używać mleka, w ten sposób przygotowanego, do jak najobszerniejszego zastósowania w razie braku matczynego pokarmu. Nie zastąpi on go w zupełności, ale częściowo przynajmniej uzupełni i nie stanie się szkodliwą trucizną, która dotąd tyle ofiar w dzieciach zabierała.

A metody desinfekcyi i aseptyki czyż nie stanowią prawdziwego tryumfu nowych badań? Wszakże to dzięki im chirurgia takie porobiła postępy.

Nie czas Panowie! w tej chwili rozwodzić się po szczególe nad temi wszystkiemi ważnemi kwestyami. Zadaniem mojem będzie zaznajomić Was z temi zasadniczemi nabytkami nowszej wiedzy i to zaznajomić, o ile możności, praktycznie, z drobnowidzem, termostatem, wagami pod ręką. Praktyczne obeznanie się z temi metodami badania będzie punktem wyjścia do naszych wykładów higieny. Rzeczy książkowe i teoretyczne zostawimy na uboczu a raczej uwzględnimy je o tyle tylko, o ile nam będą one potrzebne do złożenia całości.

II. Kilka uwag o cholerze na tle epidemii w Kołomyi w roku 1893.

Podał
Dr. Władysław Piaskiewicz,
lekarz miejski w Kołomyi.

I. Powstanie i przebieg epidemii cholery w roku 1893. w Kołomyi.

Cholera, stwierdzona urzędownie u dziewięcioletniego Lechnika Jana dnia 17. Sierpnia 1893 r., przybrała zaraz w pierwszych dniach nagminny charakter i trwała do 1. Listopada z. r.

Nie da się na pewno wykazać, zkąd się wziął pierwszy jej przypadek; rodzice zmarłego opowiadają, że z 14. na 15. Sierpnia nocowała u nich obca, nieznana im ani z nazwiska ani z miejsca zamieszkania kobieta, przyszedłszy na odpust i zaprosiwszy się na nocleg; kobieta owa miała mieć w nocy wymioty. Rano zebrała się, wyszła do miasta i już więcej nie wróciła. Zaraz na drugi dzień t. j. 15. Sierpnia zachorował syn Lechników, wspomniany Jan a w kilkanaście godzin po nim córka Paulina.

Rodzice już od dłuższego czasu słysząc o cholerze, (która podówczas srożyła się w okolicy Mikuliczyna) i o zarządzeniach surowych przeciw tej chorobie, obawiali się uwiadomić władze sanitarne miejscowe o chorobie syna. Dopiero śmierć Jana po dwudniowej chorobie i równoczesna choroba drugiego dziecka w tym samym domu, wśród objawów podejrzanych, wzbudziły u mnie mocne podejrzenie co do istoty choroby; wykonana z powyższego powodu sekcya zwłok podejrzenie moje jeszcze bardziej uzasadniła a wyniki następowego badania bakteryologicznego usunęły wszelkie pod tym względem wątpliwości. Można zatem z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć, że cholerę do Kołomyi zaniosła owa osoba chora. Dnia 19. Sierpnia zachorowały już obydwie babki chorych dzieci, pielęgnujące wnuki w chorobie, oddzielnie jednak mieszkające, Rozalia Lechnikowa i Białoskórska Maryanna. Co do nich jest absolutna pewność, że przez zetknięcie się z choremi dziećmi nabawiły się same choroby. Droga ta rozszerzania się cholery, ogólnie jako niewątpliwa uważana, choć jest najczęstszą, jedyną nie jest z pewnością, bo i drogą wody, jak to później wykażę, cholera lubi się przenosić.

II. Statystyka.

Odtąd szerzyła się cholera do 1. Listopada 1893 roku z następującem nasileniem i śmiertelnością:

	zachorowało	wyzdrowiało	umarło
od 15. Sierpnia do 1. Września . .	29	9	20
od 1. Września do 15. Września .	25	15	10
od 15. Września do 1. Października	36	13	23
od 1. Paźdz. do 15. Października .	8	2	6
od 15. Października do 1. Listopada	12	5	7
od 1. Listopada do 15. Listopada .	—	—	—

Z powyższej tablicy wynika, że choroba najliczniej wystąpiła w 5. i 6. tygodniu od swego pojawienia się a co do śmiertelności, to inne okresy nie miały na nią nadzwyczajnego wpływu.

Ze względu na wiek chorych, na ich płeć i co do $^0/_0$ śmiertelności w rozmaitych okresach wieku, epidemia obecna dostarcza nam następujących danych:

Wiek	zachorowało	mężczyzn	kobiet	wyzdrowiało	umarło	$^0/_0$ śmierci
w 1. roku życia	3	3	1	—	3	100
od 2 roku do 10 lat	22	11	11	6	16	72·5
od 10—20	12	5	7	9	3	25
od 20—30	20	8	12	10	10	50
od 30—40	30	15	15	13	17	56
od 40—50	15	8	7	6	9	60
od 50—60	4	2	2	—	4	100
od 60 i wyżej	7	3	4	—	4	100
Razem	110	52	58	44	66	60

Z powyższego zestawienia wypada, że ogólna śmiertelność dosięgła $60^0/_0$, że 1. rok życia i wiek zgrzybiały dał procent śmiertelności największy a ludzie od 10—30 lat

najłatwiej chorobę przebywali; najczęściej zaś nabawiali się cholery ludzie między 30—40. rokiem życia t. j. najczynniejsi w rodzinie. Płeć nie miała wpływu na częstość ani na śmiertelność w ogóle, bo gdy mężczyzn wszystkich 52 zachorowało, liczymy chorych kobiet 58 a na 34 przypadków śmierci u mężczyzn, przypada 32 śmierci u kobiet.

Podział całej liczby chorych 110 na wyznania wypada, iż zachorowało:

chrześcian . .	64
żydów . . .	46

Z tych w ogólności prawie wszyscy należeli do klasy ludzi ubogich a w szczególności około 80 należało do rodzin wyrobników bez stałego miejsca pracy, reszta przeważnie do rodzin ubogich rzemieślników, między którymi znów szewcy i krawcy figurują najczęściej, mając prawdopodobnie największą sposobność do zarażenia się przy naprawianiu starych, zakażonych rzeczy. Zachorowało również 3 posługaczy, używanych przez komitet ratunkowy żydowski do nacierania chorych, nie przestrzegających niezawodnie zasad desinfekcyi, gdy z całego personalu szpitalnego nikt nie nabawił się cholery. Tyle uwag nastręczyła mi statystyka.

III. Środki używane do zwalczenia epidemii.

1) Ponieważ przed pojawieniem się pierwszego przypadku cholery, od kilku tygodni grasowała ona — jak już nadmieniłem — w miejscowościach górskich Delatyna, Mikuliczyna i Körösmezö między robotnikami zatrudnionymi przy budowie nowej kolei ze Stanisławowa do Woronianki, którym droga często przez Kołomyję wypadała a robotnicy ci w popłochu zaczęli uciekać, zwrócono przedewszystkiem uwagę na tych podejrzanych gości. Straż policyjna, wzmocniona później żandarmeryą, ustawiona przy rogatce, czuwała nad tem, by tak podróżnych przejeżdżających przez miasto, jak i ich podejrzane rzeczy poddawać desinfekcyi. Desinfekcya ta polegała na zlewaniu podejrzanych przedmiotów rozczynem 5% kwasu karbolowego, jakoteż na obmyciu nim rąk i obuwia a to w tym celu, by podróżny wstępując w mieście do gospód, posilając się i stykając z ludźmi, nie zaniósł ze sobą zarazka. Ci zaś przybysze, którzy przez dłuższy czas w mieście się zatrzymywali, jakoteż stali mieszkańcy Kołomyi, powracający z okolic zakażonych, poddawali się pięciodniowej obserwacyi lekarskiej. Środek ten okazał się jednak tylko częściowo skutecznym, gdyż pewna część podróżnych, unikając desinfekcyi i obserwacyi, zamiast główną drogą, gdzie straż stała, bocznemi uliczkami przekradała się do miasta i cztery razy w ciągu epidemii z tego powodu powstały nowe ogniska zakaźne. *O wiele skuteczniej zapobiedzby można rozwleczeniu cholery, gdyby z miejscowości zakażonej nie wolno było wydalać się bez odbycia przepisanej 5-dniowej obserwacyi i desinfekcyi.*

2) Desinfekcya i odosobnienie domów i osób zakażonych. W razie pojawienia się cholery w jakimś domu, mieszkańców jego natychmiast izolowano przez czas od początku choroby aż do jej ukończenia i jeszcze przez 5 następnych dni po odkażeniu domu, sprzętów, odzieży i wszystkich mieszkańców. Podczas izolacyi żywiono mieszkańców na koszt rządu, jak też również i koszta desinfekcyi zakażonych domów pokrywano z funduszów rządowych. Wydatki zaś na izolacyą i inne ponosiła gmina; chorych wszystkich leczono na koszt gminy bezpłatnie.

W każdym przypadku pouczono izolowanych mieszkańców o sposobach chronienia się przed chorobą i w tym celu polecano obmywanie przed każdem jedzeniem rąk pięcioprocentowym rozczynem karbolu i żywienie się wyłącznie świeżo ugotowanemi potrawami. Wody karbolowej, jak również wody do picia, dostarczała gmina obficie. Równocześnie z izolowaniem odbywała się pierwsza doraźna desinfekcya przedmiotów i miejsc podejrzanych; w tym celu polewano treść wychodków, gnoje, kałuże obficie świeżo przygotowanem mlekiem wapiennem, które także wlewano codziennie do świeżo wykopanych dwóch dołków, przeznaczonych jeden na odchody dla zdrowych osób, drugi na zlewki wydzielin chorych. Zostawiono też w każdym domu kilka litrów 5% wody karbolowej w cebrzykach, do których każdy kawałek zanieczyszczonej bielizny i pościeli chorego polecono natychmiast wrzucać przed praniem polegającem na wygotowaniu. Jeżeli było podejrzenie, iż studnię zanieczyszczono przez zanurzenie konewki z domu zakażonego, wrzucano do niej wapno a następnie po kilku dniach, po wyczyszczeniu całkowitem studni, otwierano ją do użytku.

Po ukończeniu się pomyślnem lub niepomyślnem choroby, przystępywano do jak najdokładniejszej desinfekcyi ostatecznej wszystkiego, co się w domu znalazło a mianowicie: ścian, podłóg, wychodków, podwórza i pośledniejszych sprzętów domowych za pomocą wszechstronnego pomazania świeżem mlekiem wapiennem, sukien, pościeli, bielizny i t. p. za pomocą wyparzenia w aparacie kalorycznym w ciepłocie 100° C., wreszcie obmyciem całego ciała osób izolowanych 5% rozczynem karbolu i przebraniem ich w miejscu już oczyszczonem w świeżo wyparzone w aparacie odzienie. Dopiero po takiej desinfekcyi, jeżeli przez 5 dni następnych nie zaszedł między mieszkańcami nowy przypadek podejrzany, uwalniano ich od izolacyi.

Ponieważ dwa razy po zniesieniu izolacyi pięciodniowej pojawiły się nowe przypadki cholery między współmieszkańcami, okazuje się *izolacya 5-dniowa niedostateczną i powinna być, co najmniej przez 6 dni utrzymywaną.*

Chorzy mają tutaj zwyczaj używania wody sodowej i w każdym domu pocholerycznym napotykano po kilka syfonów. Ponieważ mam podejrzenie uzasadnione, że w dwu przypadkach woda sodowa stała się u nas nośnikiem cholery, zwracać należy bardzo baczną uwagę na to, by przed ostateczną desinfekcyą flaszek z wody sodowej z domów zakażonych nie zwracano a następnie jak najtroskliwiej je desinfekcyonowano, tem bardziej, że one właśnie, dostawszy się z powrotem do fabryki, ztamtąd mogą roznosić zarazę.

Ważną jest także rzeczą zbadać wszechstronnie każdy przypadek a mianowicie, gdzie chory w ostatnich czasach przed zachorowaniem przebywał, z kim się stykał, z czem miał do czynienia, bo tym sposobem nastręczyło się samo nie jedno skuteczne zarządzenie zapobiegawcze.

Desinfekcya i izolacya opisana, wskazana niezbędnie, stósownie do naszych obecnych pojęć o chorobach zakaźnych a szczegółowo o cholerze, jest nadzwyczaj niemiłą i dotkliwą dla ludności nieoświeconej. Ciemne masy ludu, zamieszkujące nie tylko wsie i małe miasteczka, ale i nasze większe miasta, widzą w zarządzeniach tych tylko szykanę i szkodę, nie rozumiejąc ich pożyteczności. Dodawszy do tego znaczny stopień śmiertelności u chorych przy najtroskliwszej nawet

opiece lekarskiej, potrafimy zrozumieć obok uwzględnienia nizkiego stopnia oświaty naszego ludu i jego przekonań fatalistycznych, niechęć i obawy przed zarządzeniami sanitarnemi, obawę tak wielką, iż rodzina chorego i wszyscy najżyczliwsi przyjaciele i sąsiedzi z dyskrecyą godną zaiste lepszej sprawy, w tajemnicy największej, jak długo można, utrzymują chorobę i dopiero czujność nadzwyczajna władz sanitarnych, policyi, żandarmeryi, jako tako jest w stanie zapobiedz dłuższemu zatajeniu choroby. O ileż łatwiejszą i skuteczniejszą byłaby ta walka z cholerą wśród pomyślniejszych pod tym względem okoliczności, o ileż przyjemniejszą dla lekarza, którego rodzina chorego nie z utęskieniem, nie z nadzieją, że on ją od nieszczęścia starać się będzie wybawić, lecz z nieufnością i obawą w progu swoim wita, co więcej, z przerażeniem i trwogą, że tenże dla zapobieżenia rozszerzeniu się cholery, chorego jest w stanie i ma prawo a może nawet i obowiązek otruć! Ileż to razy matka ukochane dziecię, żona swego męża, widząc, iż wszedłem do izby, zasłaniała sobą zaklinając mię ze łzami w oczach, bym się do chorego nie zbliżał, przepraszała, ale nalegała — i długich, ciepłych, poufałych słów dopiero potrzeba było, by ją przekonać, że przychodzę w zamiarze uczciwym i jak najlepszym. Bezgraniczna, politowania godna ciemnota! złej woli w tych ludziach z pewnością nie było! Było między nimi wielu takich, co 3. a nawet 4. klasę szkół ludowych i o zgrozo, nawet jeden, co ukończył 2. czy 3. klasę gimnazyalną; dla czegoż z tych szkół nie wynieśli najelementarniejszych wiadomości o zdrowiu człowieka? Jako lekarz poczuwam się do obowiązku zwrócić uwagę właściwych czynników na tę wielką lukę w naszem publicznem wychowaniu.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie Zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za rok 1891. i 1892. skreślił Dr. B. Wicherkiewicz. Poznań 1893.

W obszernem tem sprawozdaniu zestawia autor daty statystyczne obu lat porównawczo. Pomijamy tutaj część administracyjną i ekonomiczną sprawozdania a poprzestajemy na główniejszych datach, dających nam wyobrażenie o ruchu chorych i ilości operacyj wykonanych we wspomnianej klinice. Klinika Dra W. ma 75 łóżek a liczba chorych stałych, w klinice leczonych wynosiła w 1891 roku 865, zaś 1892 roku 904. W klinice ruchomej leczyło się w 1891 roku chorych 3069; razem z poprzednimi 3934 a w 1892 roku chorych 3110, z poprzednimi 4014.

Z tej liczby część znaczna przypada na cierpienia spojówki, bo w 1891. roku 1397 (jaglicy 540) a w 1892. roku 1562 (jaglicy 646). Dalej

w 1891 r. leczono cierpień	rogówki	685,	w 1892 r. 702
„ „ „ „	tęczówki	80,	„ „ 72
„ „ „ „	twardówki	32,	„ „ 19
„ „ „ „	soczewki	245,	„ „ 261
„ „ „ „	nerwu wzr. i siatkówki	122,	„ „ 144
„ „ „ „	jaskry	44	„ „ 34

Wady refrakcyi dosięgły liczby 281 w 1891 r. a 304 w 1892 r. Z tego przypada na *myopia simplex* w 1891 r. 76, a w 1892 r. 114. *Myopia simplex* i *progressiva* razem, bez uwzględnienia niezborności oka, wynosiła 144 w 1891 r. a 177 w 1892 r. Z hipermetropią zgłosiło się 19 w 1891 r. a 27 w 1892 r. Reszta przypada na wszelkiego rodzaju niezborność i różnomiarowość.

Operacyj większych wykonano w 1891 r. 700, z czego samych operacyj soczewkowych 192. Na zaćmy schyłkowe przypada z tego 127. Takichże operacyj wykonano w 1892 r. 767, samych operacyj soczewkowych 214 a na zaćmy schyłkowe przypada liczba 119. W ogóle wykonano od 1877 r. operacyj zaćm schyłkowych 1248 a operacyj soczewki w ogóle 1664. Operacyj

tęczówkowych	wykonano w 1891 r.	123	a w 1892 r. 137
na powiekach	„ „ „	195	„ „ 231
na mięśniach ocz.	„ „ „	36	„ „ 33
wyłuszczono gałek ocznych	„ „	19	„ „ 16

Nie wliczano do statystyki powyższej wcale operacyj drobniejszych na powiekach, jak operacyj gradowiny, jęczmyka, przyżegania galwanicznego ziarn jaglicowych i t. p. O wygniataniu ziarn jaglicowych nie ma wzmianki. Skończywszy statystykę nadmienia autor, że w 1892 roku zauważył częste zjawianie się chorób następowych oka po influenzie jak zapalenia spojówki, rogówki, jaskrę i porażenie akomodacyi. Wspomina także o jednym, ciekawym przypadku pęknięcia zupełnego ścian gałki (twardówki, naczyniówki i siatkówki). Mimo to, że pęknięcie przebiegało w okolicy ciałka rzęskowego i mogło grozić zapaleniem sympat. oka drugiego, nie wyłuszczono gałki, lecz zeszyto twardówkę kilkomi szwami jedwabnemi i ocalono choremu nietylko gałkę, ale i znaczną część wzroku ($V = {}^{6}/_{60}$ po operacyi). Po roku zapalenia sympat. nie było. Znaczną liczbę zaćm operowano bez irydektomii; mimoto wypadnięcie tęczówki należało do rzadkości. W przypadkach mięsnej łuszczki jaglicowej, wyskrobywano łuszczkę ostrą łyżeczką i zasypywano jodoformem. Rana po tej operacyi goiła się nader szybko a pozostałe zaćmienie rogówki było tak małe, że upośledzało tylko wzrok nieznacznie.

Chloroformu używano tylko do operacyj bolesnych i długo trwających, n. p. operacyj plastycznych.

U dzieci i osób drażliwych posługiwano się brometylem, n. p. przy wyłuszczeniu lub wypatroszeniu gałki; jednakże cięcie spojówkowe i odcięcie mięśni robiono po znieczuleniu kokainą a dopiero do samego wyłuszczenia stósowano odurzenie brometylem. Narkoza jest zupełna, choć krótka. Zamartwicy ani podrażnienia nie zauważano albo dopiero po narkozie a nieprzyjemnym jest tylko ból głowy, czasem po narkozie występujący. *Dr. Brudzewski.*

Okulistyka.

A. Darier: **Leczenie i zapobieganie zakażeniu rany po operacyi zaćmy.**

Wobec małej skuteczności dawniejszego leczenia zakażenia rany rogówkowej po operacyi zaćmy występuje autor z nowym środkiem: wstrzykiwaniami rozczynu wodnego sublimatu pod spojówkę gałkową. Opierając się na doświadczeniu własnem i innych autorów, przekonał się D., że sublimat w ten sposób stósowany jest najpewniejszym i najszybciej działającym lekiem i to nie tylko w zakażeniach pooperacyjnych, ale i innego pochodzenia. Poleca on rozczyn wodny 1:1000 a z tego rozczynu jedną lub kilka nawet do 5 podziałek gramowej strzykawki Pravaza. Wstrzykuje się na jakie 7 mm. od brzegu rogówki co dzień lub rzadziej, stósownie do reakcyi w miejscu wstrzyknięcia. Po wstrzyknięciu występuje obrzmienie spojówki gałkowej, które prędko mija bez zostawienia żadnych ważniejszych następstw dla oka. Ból jest nieznaczny albo prawie żaden, gdyż należy naprzód do worka spojówkowego zapuścić kokainę.

D. zaleca prócz tego wstrzykiwania takie jako środek zapobiegawczy, jeśli z powodu cierpienia spojówki albo woreczka łzowego jest obawa zakażenia rany operacyjnej. Autor widział zawsze w tych razach skutek znakomity.

W przypadkach ciężkich radzi D. obok dawnej terapii stósować swoję metodę. Dalej poleca on wstrzykiwania sublimatu w *ulcus serpiginosum incipiens, keratitis parenchym.* (w lekkich formach), w ostrych naciekach naczyniówki.

W dyskusyi oświadcza Dufour, że lepiej jest stósować roczczyn słabszy 1 : 2000; oko lepiej go znosi, chorzy skarżą się mniej na ból a skutek jest ten sam. Następnie poleca wstrzykiwania sublimatu także w zapaleniach rogówki, które nie wrzodzieją. Sattler tłumaczy, że choć sublimat wydzielił się zaraz po wstrzyknięciu, mimo to rozpuszcza się wnet wobec temperatury ciała i nadmiaru NaCl, którą tkanki są przesiąkłe, i rozwija swoją działalność jako białkan rtęci. (*Bericht über die 23. Versammlung der ophthalmolog. Gesellschaft in Heidelberg 1893*).

Limburg: **Nowa operacya przeciw trichiasis.**

Operacya polega na użyciu spojówki powiekowej i pierwotnego brzegu powiekowego przy tworzeniu nowego. Cięcie skórne prowadzi się na 5 mm. powyżej i równolegle do brzegu powiekowego a następnie obnaża się przedni brzeg chrząstki, dalej tylny brzeg, co się przy pewnej ostrożności udaje bez naruszenia ciągłości spojówki. Teraz odcina się wązki pasek chrząstki z jej brzegu dolnego, mniej więcej na 2 mm. szeroki i odpreparowawszy skórę nad górną połową chrząstki. zeszywa się ranę skórną. Utworzy się na powiece górnej fałd skóry, który z początku szpeci, ale później się wygładza, gdyż ścięgno m. dźwigacza powieki nietylko przyczepia się do górnego brzegu chrząstki, ale wysyła włókna osobne między pęczki mięśnia okrężnego: jeśli u ludzi starych jest wielki nadmiar wiotkiej skóry, można wązki jej pasek wyciąć. Dla lepszego ustalenia brzegu powiekowego nowoutworzonego można go do dolnego brzegu reszty chrząstki przyszyć. Nie ma obawy, aby po odcięciu chrząstki wystąpiły później jakie komplikacye ze strony gruczołów Maiboma, gdyż te zwykle są w wysokich stopniach *trichiasis* lub *entropium* zwyrodniałe. Operacya ta skraca wysokość powieki; należy przeto przed operacyą przekonać się, czy powieki dobrze się domykają. (*Bericht über die 23. Versammlung der ophtalm. Gesellschaft 1893*).

Kniess: **Nowy sposób leczenia jaskry.**

Aby uniknąć wrośnięcia tęczówki w rankę zadaną gałce ocznej w celu wykonania irydektomii lub też zapobiedz wypadnięciu tęczówki, przecina K. jednem i tem samem cięciem i tęczówkę, ale nie wycina jej już później (sztuczna częściowa *iridodialysis*). Myśl tego postępowania podsunął mu przypadek, w którym mimo woli wobec trudnych okoliczności wykonał tenże zabieg; skutek leczniczy był bardzo dobry.

Cięcie prowadzi się nożem Graefego od góry po poprzedniem zapuszczeniu ezeryny. Jeśli cięcie jest obwodowe i tęczówka została dobrze przeciętą, to można cięcia w spojówce nie kończyć, ale ją zostawić jako mostek, ranę twardówkową pokrywający. Komunikacya powstała po tej operacyi między przednią a tylną komórką utrzymuje się i nadal, gdyż obwodowy kawałek tęczówki jest zbyt krótki, by się z dolną połową jej ranki miał na nowo zlepić. Operacya jest zarówno skuteczną tak w jaskrze pierwotnej jak i następowej i została przez autora nazwana: *iridosclerotomia*. (*Bericht über die 23. Versammlung der ophthalm. Gesellschaft 1893*).

Müller: **Modyfikacya operacyi Panesa przeciw trichiasis powieki górnej.**

M. opisuje naprzód operacyę Panesa. Cięcie skórne prowadzi się równolegle do brzegu powiekowego na 3 mm. powyżej nasady rzęs aż do samej chrząstki. Poczem odpreparowywuje się skórę wraz z mięśniem okrężnym z jednej strony aż do cebulek rzęs, z drugiej strony w górę do powięzi chrząstko - oczodołowej. Chrząstkę odsłoniętą przecina się na wskróś cięciem biegnącem równolegle do cięcia skórnego na 3 mm. od brzegu dolnego powieki, poczem zakłada się 5 szwów o podwójnych igłach w następujący sposób: Igłę wbija się we *fascia tarsoorbitalis* i wykłuwa zaraz nieco niżej, poczem wchodzi się po pod dolny płat skórny i wykłuwa się ją poza rzęsami w płaszczyźnie brzegu powiekowego; tak samo prowadzi się drugą igłę nawleczoną na drugi koniec tejże nitki a potem wiąże się oba końce poza rzęsami. Po związaniu pozostanie *ectropium*. Szwy wyjmuje się trzeciego dnia.

Modyfikacya Müllera: Cięcie skórne biegnie nieco wyżej, bo mniej więcej naprzeciwko górnego brzegu chrząstki. Dalszy przebieg operacyi nie jest zmieniony, aż dopiero szwy zakłada M. inaczej. Szwy wykonywa również nitkami o podwójnych igłach. Igłę wbija on blisko linii przecięcia w górny kawałek chrząstki i wykłuwa w płaszczyźnie przekroju, potem wbija ją w dolny kawałek chrząstki od przodu ku tyłowi, przekłuwając ją na wylot i wiąże z odpowiednim końcem szwu tak samo przeprowadzonego. Szew ten ma mieć tę zaletę, że nie skraca tak dalece powieki, gdyż po najmocniejszem nawet związaniu dolny odcinek chrząstki nie posuwa się ku górze, jak w pierwotnej operacyi Panesa, lecz ustawia się tylko pod prostym kątem do górnego kawałka chrząstki i nigdy za wysoko pójść nie może. (*Klinische Monatsblätter. Październik 1893*). *Dr. Brudzewski.*

Choroby zakaźne.

Prof. Edwin Klebs: **Etyologiczne leczenie błonicy.**

Antytoksyczna teorya Behringa polega zdaniem autora na przypuszczeniu tożsamości immunizowania z leczeniem. Sposób też ten leczenia jest tylko symptomatyczny, gdyż wstrzyknięcie surowicy uwalnia ustrój od toksyn a tylko pośrednio niszczy prątki przez zwiększenie pewnej czynności komórek (fagocytoza); ztąd też dopiero po kilku a nawet kilkunastu dniach maleje gorączka a odpadają błony.

Etyologiczne leczenie Klebsa polega na stósowaniu miejscowem środka przeciwprątkowego, zwanego *antydyfteryną*. Wychodząc ze zasady, że w hodowlach prątków powstają produkta, które wstrzymują dalszy ich rozwój, stara się autor otrzymać tę autotoksynę, *antydyfterynę*, z pożywek glicerynowo-peptonowo-bulionowych 14 do 15 dniowych po oddzieleniu innych toksyn i samych prątków. Fabryka Merka wyrabia wedle polecenia autora ten produkt w poczwórnej (Nr. 1.) i podwójnej (Nr. 2.) koncentracyi. Sposób użycia jest następujący: Zapomocą tamponików z waty pędzluje się błony Nr. 1-szym dziennie po kilka razy. Na jeden taki zabieg używa się 1—3 cm. sz. tego płynu. W przypadkach tracheotomii w krapla się Nr. 2. w ilości $1/2$ cm. sz. do kaniuli i do krtani; w przypadkach zaś intubacyi wkrapla się zapomocą strzykawki stósownie zakrzywionej roczczyn ten wprost do tchawicy.

Autor używał środka tego w 13 przypadkach z bardzo dobrym skutkiem; obserwował już w 3 godziny po pomazaniu spadek ciepłoty i znaczną ulgę bólów gardła, błony zaś rozpuszczały się szybko i bez głębokiej utraty tkanin. (*Wiener medicinische Wochenschrift. Nr. 26. 1893.*)

A. Carini: **Nieopisany dotychczas objaw kiły dziedzicznej.**

Autor obserwował dziewięć przypadków dziedzicznej kiły u dzieci w wieku od 3 dni do 3 miesięcy, u których zaraz po urodzeniu się występowała czkawka poprzedzająca na 10 do 20 dni sapkę (*coryza*) i inne objawy choroby ogólnej, odziedziczonej, ustępujące dopiero po leczeniu swoistem. To też jakby pod różczką czarodziejską ustępuje ten objaw, jeżeli się podaje matce jodek potasu a dziecku *liquor van Swieteni*. Objaw ten uważa autor za odruch patologiczny ośrodków nerwowych wywołany zmianą składu krwi dzieci kiłowych. (*Intern. klin. Rundschau Nr. 1. 3. 4. 1893.*)

Prof. Escherich. **Etyologia i patogeneza błonicy.**

Błonica jest chorobą wywołaną przez obecność prątka Löfflerowskiego i wytworzonych przezeń toksyn. Szczepienie hodowli świnkom morskim wywołuje śmierć po 2 do 4 dniach skutkiem wessania wytworzonych produktów w miejscu szczepienia. Roox i Versin wykazali te substancye trujące w hodowlach pozbawionych bakteryj za pomocą odpowiednich sączków. oddzielili je i otrzymali w formie zgęszczonej a na podstawie ich własności oznaczyli je jako dyastazę, Fränkel i Brieger jako toksalbuminę a Gamaleia jako nukleoalbuminę. Charakterystycznem dla prątka Löfflerow-

skiego jest to, że kultury można tak osłabić, że nie działają wcale na zwierzęta. Miarą żywotności kultur jest ta najmniejsza ilość 24 godzinnej hodowli bulionowej, która wystarcza, by zabić w 4 dniach świnkę morską, obliczona w stósunku do wagi ciała.

W przypadkach, w których zatrucie błonicze nie sprawiło śmierci zwierząt, pozostają one odpornemi przeciw temu jadowi, gdyż w surowicy krwi wedle badań Behringa znajduje się substancya niszcząca produkta trujące tegoż jadu: tworzenie się tych antytoksyn w śledzionie i narządach limfotwórczych zostaje w ścisłym związku z sprawą chorobową i jak Ehrlich wykazał, może być zwiększone w miarę wstrzyknienia świeżych kultur Löfflerowskich. Wstrzyknienie takiej surowicy ochrania zdrowe zwierzęta od błonicy na czas obecności tego płynu w ustroju, zwierzęta zaś chore na błonicę zabezpiecza od śmierci. Ta teorya Behringa naprowadza na myśl, że i w ludzkim ustroju równocześnie z objawami błonicy wytwarzają się antytoksyny jako samopomoc; to też przewodnią myślą Behringa jest, by jak najbardziej osłabić jad błoniczy a przez to otrzymywać jak najwięcej imunizowanych zwierząt. Frankel otrzymywał to przez ogrzanie hodowli bulionowych do 70^0, Behring przez wstrzyknięcie trójchlorku jodu. Doświadczenia tych autorów jakoteż i Aronsohna doprowadziły do tego, że obecnie jeden cm.^{3} surowicy krwi zwierzęcia imunizowanego wystarcza na 2 miliony gramów świnki morskiej, by uchronić ją od niebezpieczeństwa najmniejszej śmiertelnej dawki dyfterotoksyny.

W hodowlach błonicy znajduje się jeszcze drugi produkt trujący, zostający w związku z samą substancyą prątków i dający się otrzymać dopiero po ich obumarciu. To też Gamaleia twierdzi, że on powstaje z rozkładu prątków i nazywa go *poison modifié v. artificiel*. Proteiny te wstrzyknięte wywołują według Buchnera leukocytozę i gorączkę a według Schweighofera obrzmienie narządów limfatycznych i zwyrodnienie organów wewnętrznych.

Jad błoniczy znajduje się na błonach śluzowych człowieka, jak na pożywce, lecz przez krew i naczynia limfatyczne może dostać się do narządów wewnętrznych. Ponieważ błony te są wystawione na działanie powietrza, przeto i inne bakterye mogą dołączyć się do błonicy gardła, szczególnie *streptococcus* i *staphylococcus*.

Streptococcus pyogenes jest jednym z najgwałtowniejszych pasorzytów, który z chwilą zmniejszenia się ogólnej odporności wędruje wzdłuż naczyń limfatycznych do krwi, dając obraz *sepsis*, do narządów wewnętrznych, tworząc ogniska nekrobiotyczne, do płuc, gdzie wywołuje ogniska zapalne. Najcharakterystyczniejszemi zmianami błonicy gnilnej są: wysoka, zwalniająca gorączka, zajęcie *sensorii*, osłabienie czynności serca, obrzmienie migdałów jamy ust, pokrytych zgorzelinowemi błonami, obrzmienie gruczołów limfatycznych podszczękowych i tkanki kołogruczołowej pod formą nacieku twardego bocznych stron szyi. Z chwilą wystąpienia ogólnego zakażenia, prątki błonicze rozwijają się coraz słabiej i ustępują miejsca silniejszemu *streptococcus pyogenes*. Badania Siebera w pracowi prof. Nenckiego wykazały, że toksyny otrzymane z mieszanych hodowli obu rodzajów bakteryj są o wiele silniejsze, niż mięszanina czystych ich kultur.

O wiele mniej znane jest działanie *staphylococcus pyogenes albus*, napotykanego dość często w błonach tchawicy i gardła, bardzo rzadko zaś we krwi, jakoteż w narządach wewnętrznych. To jednak pewna, że prątek ten wpływa korzystnie na przebieg kliniczny błonicy.

Prócz tych rodzajów bakteryj wspomina autor jeszcze o dwóch innych, mających wielki wpływ na obraz chorobowy błonicy. Z tych jeden zbliżony do rodzaju Fränkla, Weichselbauma, napotykany w błonach grubych nieco połyskujących, drugi do *bacterium coli*, napotykany w głębokich owrzodzeniach błoniczych a nawet w narządach wewnętrznych i ogniskach zapalnych w płucach.

W patogenezie błonicy rozróżniamy trzy okresy:

I. Okres wylęgania się, trwający średnio od 2 do 7 dni, objawiający się zaczerwienieniem i nieznacznem obrzmieniem błony śluzowej. Okres ten zależy od usposobienia indywidualnego, od rodzaju epidemii i od wieku, gdyż wedle doświadczenia klinicznego od 5-go roku życia usposobienie zmniejsza się znacznie. Co do sposobu tworzenia się błon na powierzchniach błon śluzowych, są dwie zasadnicze teorye:

a) Heubner twierdzi, że na powierzchni błon śluzowych gardła zaczyna się tworzyć wypocina skutkiem obecności prątków błoniczych w powierzchownych warstwach przybłonka. W miarę zwiększania się wypociny błony grubieją. Zewnętrzna powierzchnia tych błon zasiana jest prawie licznemi bakteryami, szczególnie kokami; w samej zaś błonie znajduje się mnóstwo prątków Löfflerowskich w grudkach palisadowatych, wśród mas włóknika warstwowowato ułożonych, wielu częścią szklisto zwyrodniałych, częścią zachowanych przybłonków i ciałek ropnych. Warstwa błony, przylegająca wprost do błony śluzowej, nie zawiera prątków, lecz w przypadkach, gdzie obok prątków Löfflerowskich są koki łańcuszkowate, można widzieć, że te posuwają się głębiej do tkanek a szczególnie do przestworów limfatycznych.

b) Oertel twierdzi, że większa ilość błon pochodzi z ognisk nekrobiotycznych w błonie podśluzowej, posuwających się na powierzchnię błony śluzowej (błony drugorzędne).

II. Okres wysypki zaczyna się z chwilą powstawania błon. Według Klebsa powstanie błon poprzedza obecność prątka Löfflerowskiego na powierzchni błony śluzowej, który mając odpowiednie okoliczności, jak przybłonek cylindryczny i dostateczną ilość tlenu, posuwa się aż do pęcherzyków płucnych. Stopień objawów w tym okresie zależy:

1) od ilości bakteryj, względnie od wielkości zajętej błony śluzowej;

2) od stopnia żywotności bakteryj, względnie zdolności tworzenia toksyn;

3) od chłonienia w miejscu zajętej błony śluzowej;

4) od indywidualnej odporności przeciw toksynom.

III. W okresie ubywania znikają objawy w następującym porządku: najpierw ustaje gorączka, następnie działanie toksyn skutkiem tworzenia się w ustroju produktów antytoksycznych, co jest przyczyna wstrzymania dalszego tworzenia się błon, nie naruszając zdolności życiowych bakteryj na powierzchni błony śluzowej. Najpóźniej znikają naloty i zmieniają się w masę żółtawą, klejowatą. (*Wiener medicinische Wochenschrift Nr. 47—50.*) *Dr. Komorowski.*

Zapiski terapeutyczne.

— *British Medical Association* zasięgnęła za pośrednictwem swej komisyi terapeutycznej zdania lekarzy praktycznych co do przypadków zatrucia antypiryną, antyfebryną i fenacetyną w praktyce prywatnej i otrzymała 220 opinij, na podstawie których można wydać następujące orzeczenie: najwięcej używa się z pomiędzy owych trzech środków antypiryny, która jest o wiele bezpieczniejszą od antyfebryny. Z pomiędzy wydających swe orzeczenie 73% nie miało w praktyce swej żadnego szkodliwego działania antypiryny a ci, którzy je mieli, odnoszą je do dawek zawielkich. Dawki nie przenoszące 0.60 grama nie były nigdy szkodliwe, gdy widziano niepomyślne skutki po zadaniu antyfebryny już w ilości od 0.20 do 0.60 grama. Fenacetyna różni się od antypiryny i antyfebryny między innemi i tem, że nadzwyczaj rzadko wywołuje przypady zatrucia. Jeżeli się chce iść drogą całkiem bezpieczną, nie należy ani dla antypiryny ani dla fenacetyny przekraczać dawki od 0·30 do 0·60 grama co 4 godziny, dla antyfebryny zaś dawki 0·15 grama również co 4 godziny.

— Na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej odbytem w dniu 30. Stycznia b. r. zdał sprawę Lancereaux z pracy Caraviasa odnoszącej się do leczenia gruźlicy za pomocą substancyj, które wszedłszy do ustroju wytwarzają

kwas bursztynowy, jak mięso surowe, tłuszcze, dwujabłkan wapniowy, kwas będźwinowy *(acidum benzoicum)* i jego sole, pepsyna niezakwaszona, asparagina, marchew, jarzyny zielone i t. d.

Według autora leczenie to prowadziło do znacznego polepszenia się sprawy gruźliczej we wszystkich przypadkach bez zmian za bardzo rozległych.

Skuteczność kwasu bursztynowego tłómaczy sobie Caravias nie przez wpływ na materyę gruźliczą zawierającą mikroby, lecz przez działanie przeciwgnilne na sąsiedztwo i zapobieganie tym sposobem dalszemu postępowi zakażenia przez właściwe laseczniki.

(La semaine médicale 31. Stycznia. 1894).

— Na zasadzie wieloletniego doświadczenia w klinice chirurgicznej paryskiej zaleca P. Filleul kwas pikrynowy w powierzchownych oparzeniach. W tym celu przykłada się na części oparzone kompresy z tarlatanu, napojone po prostu wysyconym (około 0·5%) rozczynem kwasu pikrynowego, poprzednio należycie wyżęte i zostawia je na miejscu bez żadnego przykrycia, dopóki nie wyschną. Stósownie do potrzeby opatrzenie to zmienia się z początku co 3, później co 4, 5 lub 6 dni.

Prócz działania przeciwgnilnego i przyspieszającego zabliźnienie się kwas pikrynowy koi bóle, nie grozi żadnem niebezpieczeństwem zatrucia i nie drażni skóry a ma tę tylko niedogodność, iż stale zabarwia żółto miejsca, do których go przyłożono.

(La semaine médicale. 31. Stycznia 1894).

— Pauliet w Arcachon zaleca gorąco pomazywanie błon wrzekomych w błonicy co pół godziny na przemian wysyconym rozczynem papainy i płynem:

16) Rp. *Liquoris van Swieteni*
Glycerini
aa partes aequales.

aż do zupełnego ich zniknienia.

— W dnie (*arthritismus*) zaleca Brocq używanie przez 8 dni przed samem jedzeniem po pigułce składu:

17) Rp. *Chinini muriatici 2·00*
Exti colchici
Pulv. foll. digitalis
aa 0·20
Exti et pulv. radd. liquiritiae
aa q. s.
ut f. l. a. pill. viginti.

Po pauzie jednodniowej zażywać należy przez 15 dni przed każdem jedzeniem po 2 pigułki z przepisu:

18) Rp. *Lithii benzoici*
Exti gentianae
aa 2·00
Exti et pulv. radd. liquiritiae
aa q. s.
ut f. l. a. pill. viginti quinque.

Jeżeli ogólna konstytucya jest wybitnie dnawa a chory znosi dobrze przetwory jodowe, należy mu co dwa miesiące zadawać przez 8 do 15 dni dziennie po 1 do 3 gramów jodku sodu.

W każdym razie należy starać się o dyurezę i używać dyety mlecznej.

(*Bulletin général de Thérapeutique 30. Stycznia 1894*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie dnia 6. grudnia 1893 r.

Prezes kol. Łazarski. — Członków 37.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prezes imieniem Komitetu proponuje na czynnych członków Towarzystwa: Drów prof. Odona Bujwida, Gustawa Malinowskiego i Stanisława Krzyształowicza. W głosowaniu przyjęto wszystkich.

III. Kol. Kryński oznajmia, iż ma się odbyć w Warszawie w niedługim już czasie obchód jubileuszowy prof. Brodowskiego; zapytuje się więc prezesa, czy Towarzystwo lek. krak. postanowiło w nim wziąć udział. Na wniosek kol. prezesa odesłano tę sprawę do Komitetu Towarzystwa.

IV. Kol. Browicz przedstawia przypadek promienicy płuca ze zwłok człowieka zmarłego w oddziale wewnętrznym szpitala św. Łazarza, ograniczonej tylko do jednego płuca (nigdzie zresztą ogniska promienicy nie było), połączonej z rozlanem ostrem zapaleniem ropnem, jakoteż preparaty mikroskopowe z niego.

W dyskusyi zwraca uwagę kol. Obaliński na typowe wejrzenie preparatów mikroskopowych i że byłoby pożądanem mieć zawsze podobny obraz mikroskopowy, któryby mógł potwierdzić poprzednie rozpoznanie kliniczne.

Kol. Obaliński oznajmia następnie, iż w obecnym czasie bardzo często ma się do czynienia z promienicą, a przez to dochodzi się do takiej już wprawy w rozpoznawaniu, że nawet mikroskop staje się zbytecznym. W oddziale chirurgicznym szpitala ma kol. Obaliński najczęściej do czynienia z promienicą w okolicy szczęk lub brzucha, gdzie prawie że jest nieuleczalną, chyba że się wszystkie nory wykryje i dokładnie wyskrobie. Klinicznie rozpoznaje kol. O. promienicę po charakterystycznej i dziwnej formie nor, po ziarninie bez życia otaczającej te nory i po wydobywającej się treści podobnej nieco do śluzu, w której w świeżych tylko przypadkach znajdują się charakterystyczne owe kolbki.

Kol. Bujwid zwraca uwagę, by badając czy to promienicę, czy też inną jaką substancyę rozpatrywano najpierw preparaty niezabarwione a dopiero potem zabarwione. Co się zaś tyczy promienicy, to barwi się inaczej pochodząca z człowieka (i w ogóle bardzo trudno) a inaczej ze zwierzęcia.

Kol. Kryński oświadcza, że trudniej znaleść i wynaleść promienicę w tkance, niż w ropie.

Kol. Bujwid dodaje do powyższych słów swoich, że u człowieka bywają dwojakie kolbki: jedne duże, drugie zaś małe i wąskie i te właśnie odznaczają się małą trwałością co do utrzymania.

V. Kol. Mars przedstawia i okazuje »Atlas plastyczny operacyj ginekologicznych«, który powstał w ten sposób: Kol. Mars w swoich wykładach okazywał operacye i ćwiczył w nich uczniów najpierw na trupach; ponieważ jednak kol. prelegent nie zawsze miał pod ręką odpowiedni materyał, zaczął je demonstrować na bałwanach Winckla-Schultzego; sposób ten jednak zabierał tak wiele czasu, że na same ćwiczenia uczniów w operacyach nie wiele go już pozostawało. Dlatego kol. prelegent zaczął posługiwać się kolorowymi rysunkami operacyj na tablicy. I ten sposób nie zadowolnił kol. Marsa, albowiem wielu z uczniów nie rozumiejąc rysunku, nie mogło robić potem operacyj na bałwanie.

Mając ciągłe trudności do zwalczenia, postanowił sobie kol. Mars wynaleść inny sposób dogodniejszy demonstrowania operacyj; to też, kiedy zobaczył demonstracyę Borysowicza na VI. zjeździe lekarzy, również modele Kehrera, wpadł na myśl okazywania uczniom operacyj ginekologicznych również na modelach glinianych.

Próba udała się świetnie, uczniowie demonstracye pojmowali bardzo łatwo a przez to pamiętali je długo; kol. Mars zaś zyskiwał wiele na czasie, przez co mógł przedmiot cały objąć i ukończyć wśród kursu. W ten sposób powstało przeszło sto okazów, które odlane potem w gipsie stanowią atlas plastyczny operacyj ginekologicznych.

W końcu objaśniał kol. prelegent sposób modelowania, wykonywania na nich operacyj, jakoteż same modele.

Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

Posiedzenie dnia 20. Grudnia 1893 r.

Prezes: kol. Łazarski. — Członków 45.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prezes wita i przedstawia kol. Dr. Jaroszyńskiego, który przybył jako gość na posiedzenie.

III. Kol. prezes poświęca słowa wspomnienia zmarłemu kol. Drowi Fr. Braunsteinowi, jednemu z najdawniejszych członków Towarzystwa lek. krak. i wzywa do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie. (Zgromadzeni powstają).

IV. Kol. prezes zwraca uwagę na ważność odbyć się mających niebawem wyborów urzędników Towarzystwa i wzywa przewodniczą-

cego w Komitecie przedwyborczym: kol. Pieniążka do przedstawienia propozycyi w tej mierze.

V. Kol. Pieniążek odczytał listę proponowanych kandydatów.

VI. W głosowaniu przyjęto większością głosów propozycyę Komitetu przedwyborczego i wybrano prezesem kol. Augusta Kwaśnickiego, wiceprezesem kol. Józefa Surzyckiego, sekretarzem stałym kol. Franciszka Sroczyńskiego, sekretarzem dorocznym kol. Leona Kryńskiego, redaktorem *Przeglądu lekarskiego* kol. Domańskiego, członkami komisyi redakcyjnej koll. Alfreda Obalińskiego, Antoniego Marsa, Antoniego Gluzińskiego, Napoleona Cybulskiego. Delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lek. gal. koll. Władysława Bylickiego i Hilarego Schramma.

VII. Stósownie do nowego statutu miejskiej komisyi sanitarnej krakowskiej nie wybrano do niej delegata Towarzystwa.

Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

Posiedzenie administracyjne z dnia 3. Stycznia 1894 r.

Prezes kol. Łazarski. — Członków 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. prezes odczytuje list kol. Bossowskiego z oświadczeniem, że nic nie wiedział o postawieniu swej kandydatury na wiceprezesa przez pewną część kolegów i że w danym razie nie byłby przyjął wyboru.

3) Kol. Surzycki omawiając ostatnie wybory oświadcza, że byłby już na posiedzeniu Komitetu przedwyborczego kandydatury wiceprezesa nie przyjął, gdyby wiedział, że ma się współubiegać o tę godność z kol. Bossowskim.

4) Kol. prezes dziękuje za poparcie, jakiego od kolegów doznawał podczas swego urzędowania, wspomina o wielu pouczających wykładach oraz dyskusyach i sądzi, że r. 1893., jeżeli nie lepiej od innych lat, to przynajmniej na równi z innymi zapisał się w rocznikach Towarzystwa. Dalej poświęca słowa pamięci ciężkim i bolesnym stratom, jakie Towarzystwo poniosło przez śmierć kilku kolegów. W końcu wzywa właściwych kolegów do złożenia swych sprawozdań.

5) Sekretarz stały kol. Kwaśnicki odczytał sprawozdanie doroczne z prac Towarzystwa, które i w tym roku swemu celowi w godny sposób zadość uczyniło tak pod względem naukowym, jak i obywatelskim.

6) Kol. Cybulski zdał sprawę z administracyi *Przeglądu Lekarskiego.*

7) Kol. Jakubowski zdał sprawę z czynności swych w Komisyi sanitarnej krakowskiej.

8) Kol. bibliotekarz Murdzieński odczytał sprawozdanie za rok ubiegły.

9) Kol. Mars zdał sprawę jako przewodniczący Komitetu budowy domu Towarzystwa.

10) Kol. Śliwiński imieniem Komisyi przemysłowo-lekarskiej odczytał sprawozdanie. Kol. Kwaśnicki interpeluje sprawozdawcę o wystawę lwowską. Kol. Śliwiński oznajmia, iż Komisya przemysłowo-lekarska weźmie udział w wystawie ze wszystkimi środkami poleconymi, przedewszystkiem zaś prześle roczniki *Przeglądu Lekarskiego.*

11) Kol. Domański zdaje sprawę z czynności Komisyi słownikowej. Kol. sprawozdawca zaproponował uzupełnienie Komisyi słownikowej, aby mogła szybko i pomyślnie sprawę ukończyć. Na wniosek kol. Gluzińskiego poruczono kol. Domańskiemu wygotować odpowiednie wnioski i przedstawić je na najbliższem posiedzeniu Towarzystwa.

12) Kol. Trzebicky zdał sprawę z Komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa i Hirscha.

13) Z powodu nieobecności kol. podskarbiego odłożono sprawozdanie kasowe do następnego posiedzenia.

14) Na wniosek kol. Gluzińskiego wyraziło Towarzystwo ustępującemu prezesowi, kol. Łazarskiemu przez aklamacyę uznanie za skuteczne i energiczne kierowanie sprawami Tow. w roku ubiegłym.

15) Kol. Łazarski w krótkiem przemówieniu oddał urzędowanie w ręce nowo wybranego prezesa kol. Kwaśnickiego.

16) Prezes kol. Kwaśnicki w dłuższem przemówieniu wypowiedział swoje poglądy, t. j. do czego będzie dążył i czego pragnął. Nadto wezwał zgromadzonych kolegów do skupienia się, jedności i wspólnej pracy na niwie lekarskiej. W końcu doniósł o ciężkim ciosie, jaki dotknął Towarzystwo lekarskie przez śmierć kol. Władysława Jabłonowskiego w Burgas i wezwał obecnych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

V. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Wyjątkowy charakter, jakim cechuje się ogólna służba zdrowia w Turcyi, obowiązki, do których spełnienia są powołani tak zwani lekarze „kwarantan“ (kierujący posterunkami sanitarnymi, których głównem zadaniem jest czuwanie nad przybywającymi okrętami, podróżnymi i towarami, dla poddawania ich w odpowiednich przystaniach ostrożnościom przepisanym stósownie do okoliczności), od dawna już nie zbyt sympatycznie oceniała wyższa administracya państwowa. Jednakże znoszono rutynę służbową i pewną jej niezależność, traktując tylko z uporną obojętnością usiłowania urzędników sanitarnych. Gdy atoli coraz częściej powtarzające się wybuchy chorób zakaźnych potwierdziły, że zasoby, jakimi rozporządza najwyższa rada zdrowia, są już to niedostateczne, lub nawet ich nie ma, mianowicie w odleglejszych prowincyach, wtedy to ministerya spraw wewnętrznych i wojny powołano do wprowadzenia a właściwie wciśnienia się z własnym elementem lekarskim w dotychczasowy ustrój służby zdrowia. Podobny projekt, mający na celu pracę ku polepszeniu ogólnych stósunków higienicznych w kraju, wszedł w życie rzeczywiście. O rezultatach tylko, jakie przyniesie, przyszłość zadecyduje! Na teraz to tylko pewna, że zamiast dawnych komisyj i podkomisyj-powoływanych do czynu w każdej groźniejszej okoliczności, od przeszłego roku mamy tu tak zwany urząd inspektora higieny, zupełnie niezależny od innych dykasteryj biurokratycznych, bo otrzymujący rozkazy bezpośrednio z gabinetu Sułtana i tam przesyłający swe sprawozdania w kwestyach tyczących się tak ogólnej higieny, jak i wyboru środków ku zabezpieczeniu mieszkańców od zetknięcia się z plagami zakaźnemi. Na przewodniczącego pracom tego urzędu powołano dotychczasowego chemika sułtańskiego, uczonego i sympatycznego Bąkowskiego baszę, człowieka energicznego, niezwykle czynnego i zdolnego odpowiedzieć powierzonemu sobie zadaniu. Z tytułem jeneralnego inspektora higieny nowy ten dygnitarz dał już dowody, że dzielnie pojmuje wysokie swe społeczne zadanie i przekonał, że zjednoczenie w jednym ręku tak licznych gałęzi ogólnej higieny daje, przynajmniej w Turcyi, daleko praktyczniejsze rezultaty, aniżeli dotychczasowe działanie zarządów i lekarzy miejskich, zbyt obciążonych innemi czynnościami, by mogli pilnie czuwać nad zastósowaniem się ludności do elementarnych choćby wskazówek higieny. W pełnej harmonii z najwyższą radą zdrowia i w chlubnem zadaniu gorliwego bronienia ludności od grożących jej plag, obie inspekcye, tak sanitarna jak i higieniczna, rozwinęły pełną energię, by przez wprowadzenie i zastósowanie wskazanych nauką środków ostrożności, choćby do pewnego stopnia polepszyć bardzo tu chwiejne stósunki zdrowotne. Mając więc na swe rozporządzenie lekarzy miejskich, komisarzy cyrkułowych i odpowiednią ilość ajentów Bąkowski-basza, sam a nawet i w towarzystwie popularnego tu Ryfaad-baszy, ministra spraw wewnętrznych, przebiegają części miasta, zapoznają się z panującymi w nich nieładami, poddając chemicznemu rozbiorowi produkta żywności, napoje, towary zwane kolonialnemi i gdzie znajdą coś szkodliwego dla zdrowia

(a znajdują prawie zawsze), dają polecenie usunięcia złego, czuwają nad wykonaniem rozkazów i bez względu poddają karze każdego z opieszałych. Prócz tego lekarze miejscy są obowiązani zwiedzać rano i wieczór powierzone sobie okręgi i bez zwłoki składać raporta o każdym nieporządku. Rzeźnikom zabroniono przedmioty handlu wystawiać poza magazyny. Nie pominięto też i balwierzy, którym nakazano, by narzędzia swej profesyi przed użyciem przeprowadzali przez płomień lampy a szczotki i grzebienie oczyszczali płynem przeciwgnilnym. Postępy więc higieniczne widzimy na każdym kroku. Wątpię jednak, ażeby podobna czynność mogła się podobać pewnym tutejszym sferom i ażeby potrwała długo. Bo Grek, fałszujący wszystkie produkta i Ormianin, ze wszelkiego rodzaju odpadków wyrabiający masło do użytku stojących pod bronią dzielnych wojaków, nie poddadzą się tak łatwo nowym porządkom higienicznym. Jednakże praca na tym polu tak wdzięcznem i tak ważnem dla ogólnego dobrobytu trwa i raźno postępuje naprzód, dając prawie codziennie dowody ulepszeń, wprowadzanych w ogólne czynności zarządu służby zdrowia. Do okoliczności zaś to potwierdzających należy przedewszystkiem zaopatrzenie głównych posterunków sanitarnych w przyrządy do desinfekcyi parą. Przykład ten naśladują już większe miasta, jak Salonika, Smirna, Beyrut i Trebizonda ustawiając przyrządy systemu Genesta i Herszela, na razie w celu odwietrzania starej odzieży i innych łachmanów i gratów, przed wystawieniem ich na publiczną sprzedaż w tak zwanych „bit bazarach“.

Okoliczność zaś niepochlebna dla koryfeuszów smirneńskich, że nie rozpoznali zarazy i bardzo delikatne i trudne zadanie komisyi osadzonej w zakładzie dla obłąkanych w Skutarach, obok mało czynnej pracowni bakteryologicznej, kierowanej przez profesora patologii wewnętrznej, były przyczyną, że na rozkaz Sułtana wydział lekarski w Carogrodzie zwrócił się do profesora Pasteura z prośbą wskazania środków ostrożności sanitarnych w sytuacyi zdrowotnej tak groźnej, jak dzisiejsza. Uczony badacz odpowiedział natychmiast, że wysyła do Carogrodu swego ucznia dra Chantemesse, który też jako członek komisyi w głównym zarządzie miasta rozpoczął już swą pracę. Nie można wątpić, że podobne pośrednictwo francuzkiego specyalisty przyczyni się bardzo do uzupełnienia środków zapobiegawczych, a może i zdecyduje otwarcie tu osobnej pracowni bakteryologicznej. Niemniej ważną jest odezwa, wydana przez W. Wezyra, polecająca, ażeby w razie dostrzeżenia choroby zakaźnej, czy to między mieszkańcami czy też między wojskowymi przedsiębrano z urzędu i natychmiast poszukiwania lekarskie, w celu oznaczenia charakteru choroby i nie uważania jej w drodze zbytecznego optymizmu za nic nieznaczące powikłanie w czynnościach narządu trawienia. Polecono również, by nie ograniczano się jedynie na rozpoznaniu przez lekarzy, którzy nie mieli sposobności obserwowania prawdziwych epidemij cholerycznych i swą wiedzę opierają li tylko na teoryach naukowych. Zawezwano więc interesowane sfery, by w każdym przypadku zwracano się wyłącznie do doświadczonych praktyków. Z ostatniej tej instrukcyi widzimy, że już i kompetentne organa w stolicy skłaniają się do uznania podejrzanego stanu patologicznego w zakładzie dla obłąkanych w Skutarach, za kliniczną jednostkę chorobową, znaną już w swej przyrodzie i groźną następstwami, jakie zwykła sprowadzać. Do ostatniej chwili w Carogrodzie choroba występowała z cechą stosunkowo łagodną o tyle przynajmniej, że zaraza ograniczała się do zakładu w Skutarach. Bo jakkolwiek widziano rozsiane przypadki „podobne do cholery“ i po tej stronie Bosforu, mianowicie w części miasta Jeni-Szehyr, a nawet i na Perze, to jednak ograniczyły się one do rzadkich przykładów z pomyślnym dotąd przebiegiem. Oby też zaraza mogła się zatrzymać w tych granicach i dać się stłumić środkami wskazanemi przez naukę i doświadczenie! Gorliwość zaś i niezaprzeczone poświęcenie organów powołanych do jej zwalczania, uzbroiwszy nas w trwałą odporność, pozwalą może przekonać się, że reforma higieniczna, jakkolwiek wprowadzona nieco zapóźno, zdoła jeszcze zaznaczyć się pomyślnemi rezultatami. Wprawdzie przykłady z innych miejscowości zmuszają do uwierzenia w konieczność utrzymania się ognisk zakaźnych i w nadbosforskiej stolicy. Gdy jednak wytrwale czuwać się będzie nad racyonalnem polepszeniem stósunków zdrowotnych, wtedy choć się i nie uniknie ponownych wybuchów, to jednak da się opanować i złagodzić ich epidemiczny charakter.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 8. Lutego 1894 r.

-- Dochodzi nas ze Lwowa wiadomość, że ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się tamże tak, jak zapowiedziano, od 18. do 21. Lipca b. r. i według programu ogłoszonego w Nrze 27. *Przeglądu Lekarskiego* z roku zeszłego.

— W dniu 7. Lutego odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia i załatwienia spraw administracyjnych, miał Dr. Rościszewski zapowiedziany wykład: *O wpływie kąpieli w solankach jodowo-bromowych na przebieg gruźlicy kości i stawów*. Dyskusyę nad odczytem tym odłożono do następnego posiedzenia, poczem prof. Cybulski wypowiedział rzecz o *Spirytyzmie i nauce*. Jasno, treściwie i z przekonywującą siłą wyłożył mówca gienezę i treść tych modnych pseudonaukowych badań, za co licznie zebrani koledzy przeciągłym oklaskiem wyrazili mu szczere uznanie.

— W tych dniach delegaci Towarzystwa lekarskiego warszawskiego: prezes prof. Dr. Baranowski, wiceprezes Dr. Sokołowski i sekretarz stały, dziekan prof. Brodowski wręczyli dyplom członka honorowego Drowi Leonowi Konitzowi, przyznany mu z powodu 50-letniej czynności na polu lekarskiem. Szanowny Jubilat urodził się w Warszawie w r. 1822, studya lekarskie odbył w Berlinie od r. 1836 do 1843 i tam otrzymał stopień doktora medycyny, poczem powróciwszy do Warszawy rozpoczął praktykę lekarską przerywaną tylko wyjazdami za granicę w celach naukowych. Dr. Konitz ogłosił szereg artykułów z dziedziny ginekologii.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Z powodu, że większa część pp. prelegentów z ostatniego Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie, mimo doręczenia Im we właściwym czasie odpisów stenogramu, dotąd odczytów swoich nie nadesłała, druk *Pamiętnika* ostatniego Zjazdu, lubo rozpoczęty, w dalszym ciągu został przerwany.

Prof. Dr. Rydygier przewodniczący Zjazdu.

Doc. Dr. Bossowski sekretarz Zjazdu.

— Miesięcznik *le Formulaire* umieszcza w zeszycie styczniowym b. r. wyciąg z pracy Dra Bronisława Olszewskiego (z oddziału prof. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie), o użyciu wyciągu *hydrastis canadensis* przeciw potom u suchotników, w tygodniku zaś *la Semaine médicale* znajduje się obszerne streszczenie artykułu kol. Władysława Biegańskiego w Częstochowie o leukocytozie w zapaleniu płuc. Obydwie te prace ukazały się najpierw w *Przeglądzie Lekarskim*.

— Prof. Bacelli w Rzymie mimo swej nominacyi na włoskiego ministra oświaty zatrzymał przewodnictwo w Komitecie gospodarczym Zjazdu międzynarodowego lekarskiego w Rzymie odbyć się mającego

do kosztów urządzenia którego postanowiło przyczynić się ministerstwo włoskie kwotą 30.000 lirów.

— Ze względu na traktujące się obecnie zamiary reformy lekarskich studyów i egzaminów we Francyi, zapytało się ministerstwo oświaty wydziału lekarskiego w Paryżu o zdanie co do potrzeby znajomości języków klasycznych u przyszłych lekarzy. Komisya osobna, złożona z pięciu profesorów wydziału i rektora uniwersytetu, zastanowiła się dojrzale nad zadanemi sobie pytaniami i oświadczyła się za zatrzymaniem języków klasycznych, greckiego i łacińskiego, w nauce przygotowawczej dla kandydatów stanu lekarskiego wychodząc ze stanowiska, że lekarz przez całe życie potrzebuje w swej terminologii zawodowej owych języków, bez znajomości których mógłby jej używać tylko mechanicznie, co nie zgadzałoby się z jego stanowiskiem naukowem. Zarazem oświadczyła się komisya za potrzebą znajomości jednego z języków żyjących, mianowicie niemieckiego u lekarzy.

— Tegoroczny kongres niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego odbędzie się ze względu na międzynarodowy kongres lekarski od 18. do 21. Kwietnia w Berlinie pod przewodnictwem profesora Esmarcha. Posiedzenia odbywać się będą rano od 10. do 1. a po południu od 2. do 4. w wielkiej sali wykładowej domu Langenbeckowskiego. Z wykładami i demonstracyami zgłaszać się należy jak najrychlej do stałego sekretarza kongresu, prof. Dra Gurlta w Berlinie (W. Keithstrasse 6). W celu wywołania ogólnej dyskusyi mówić będą w pierwszym dniu posiedzeń Bruns z Tybingi: o skutkach leczenia konserwatywnego zapalenia gruźliczego stawu biodrowggo, w drugim dniu Küster z Marburga: o wczesnej operacyi zapalenia szpiku kostnego, w trzecim dniu Bardeleben z Berlina: o wczesnem poruszaniu złamanych kończyn ze szczególnym względem na kończynę dolną.

— Niemieckie towarzystwo higieniczne odbędzie swe walne zebranie tegoroczne w Magdeburgu od 19. do 22. Września. Na porządku dziennym: 1) Środki ochronne przeciw cholerze. 2) Ocenienie higieniczne wody do picia i użytku domowego. 3) Sprawa usuwania śmieci i innych odpadków miejskich przez spalenie. 4) O urządzaniu wychodków i zlewów po domach. 5) O użyciu gazu do opalania ze stanowiska higienicznego.

— Udział w konferencyi sanitarnej, która zaczęła swe obrady w dniu 7. Lutego b. r. w ministerstwie spraw zagranicznych w Paryżu, biorą udział następnjące państwa i wyznaczyły na nią swoich delegatów: Francya, Niemcy, Austro-Węgry, Stany Zjednoczone Ameryki północnej, Grecya, Włochy, Portugalia, Szwecya z Norwegią, Turcya, Persya i Egipt. Belgia, Rosya, Dania, Hiszpania i Niderlandy, nie podały jeszcze urzędownie nazwisk swych delegatów.

— W roku 1892. nawiedziła cholera w Belgii 126 gmin, zachorowało na nią 1861 a umarło 953 osób czyli 51%. W roku zaś 1893. zachorowało w 97 gminach 615 a umarło 372 osób czyli 60%.

— **Wiadomości uniwersyteckie:** Berlin. Docent prywatny Dr. Pfeiffer mianowany profesorem. Wiedeń. Docent prywatny Dr. Józef Schaffer mianowany profesorem nadzwyczajnym histologii. Inspruk. Dr. Ludwik Kerschner, docent prywatny akademii technicznej i prosektor szpitala krajowego w Bernie na Morawie, mianowany profesorem nadzwyczajnym histologii i embryologii. Genewa. Profesor fizyologii, Dr. Maurycy Schiff obchodził 24. Stycznia b. r. 50-letni jubilensz otrzymania stopnia doktorskiego. Rzym. Profesor Luciani z Florencyi mianowany następcą zmarłego Moleschotta na katedrze fizyologii. Na miejsce jego przychodzi Dr. Fano z Genui. Belfast. Dr. Johnson Tymington w Edymburgu mianowany profesorem anatomii w *Queces College*.

— **Nekrologia.** Zmarli: w dniu 5. b. m. w Abbazyi słynny chirurg i autor bardzo wielu cennych dzieł i rozpraw, profesor uniwersytetu wiedeńskiego Dr. Teodor Billroth w 65 roku życia. — W Budapeszcie profesor anatomii patologicznej i znakomity nauczyciel Dr. Gustaw Scheuthauer przeżywszy 62 lat. — W Lugdunie Dr. Paweł Diday, znany ze swych prac z zakresu chorób wenerycznych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 2114.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego w Czernelicy z płacą roczną 500 złr. z kasy powiatowej a 200 złr. z kasy gminnej i ryczałtem na podróże w kwocie 250 złr.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem;
2) dyplomem doktora medycyny;
3) świadectwem moralności;
4) świadectwem zdrowia;
5) znajomością języków krajowych;
6) praktyką przynajmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim a po otrzymaniu posady stosować się winni do instrukcyi z dnia 31. Grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 82. i utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań oznacza się do końca Lutego b. r. 73—3—2

L. 863. pr.

KONKURS.

Celem obsadzenia opróżnionej posady weterynarza powiatowego w randze XI. klasy z systemizowanymi dla niej poborami, względnie opróżnić się mogącej posady granicznego oglądacza zwierząt i produktów zwierzęcych, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem **do końca Lutego b. r.**

Kandydaci na powyższe posady mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne wymagane rozporządzeniem ministeryalnem z dnia 21. Marca 1873. Dz. u. p. 37: metrykę urodzenia oraz dowód znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa a mianowicie kompetenci będący w służbie rządowej, w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące c. k. Starostwo a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 1. Lutego 1894.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.